UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 37

FACULTÉ DE MÉDECINE

A PROPOS DE DEUX CAS INÉDITS DE TUBERCULOSE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Observés dans le service de M. le professeur Tédenat

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Mars 1910

PAR

Louis GALABRU

Né au Bousquet-d'Orb (Hérault), le 20 juillet 1884

Ancien externe des hôpitaux de Montpellier (Concours 1905)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*

DE ROUVILLE, Professeur } *Assesseurs*

LAPEYRE, Agrégé }

SOUBEYRAN, Agrégé }

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1910

A PROPOS DE DEUX CAS INÉDITS

DE

TUBERCULOSE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Observés dans le service
de M. le professeur Tédenat

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 37

FACULTÉ DE MÉDECINE

A PROPOS DE DEUX CAS INÉDITS DE TUBERCULOSE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Observés dans le service de M. le professeur Tédenat

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Mars 1910

ACAD. MONTPELLIER BIBL.

PAR

Louis GALABRU

Né au Bousquet-d'Orb (Hérault), le 20 juillet 1884

Ancien externe des hôpitaux de Montpellier (Concours 1905)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

TÉDENAT, Professeur, *Président.*
DE ROUVILLE, Professeur
LAPEYRE, Agrégé
SOUBEYRAN, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲) ..... DOYEN.
SARDA ..... ASSESSEUR.
IZARD ..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*
DE ROUVILLE, *professeur.*
MM. LAPEYRE, *agrégé.*
SOUBEYRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Pieux hommage de reconnaissance et d'affection filiales.

A MON PÈRE LE DOCTEUR GALABRU

qui fut mon premier maître.

A MON FRÈRE PAUL

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. GALABRU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MES MAITRES

DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

ET PLUS PARTICULIÈREMENT A :

MM. TÉDENAT (Externat Janvier 1906-Janvier 1907)

CARRIEU (Externat Janvier-Juillet 1907)

RAUZIER (Externat Juillet-Octobre 1907)

DE ROUVILLE (Internat (Suppléance) Octobre 1907 Janvier 1908)

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NIMES

L. GALABRU.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0082

AVANT-PROPOS

Il y a à peine deux mois, M. le professeur Tédenat, qui, nous nous plaisons à le dire au début de notre travail, fut toujours pour nous d'une bonté presque paternelle, eut la bonne fortune de rencontrer, chez une malade de sa clinique chirurgicale à l'Hôpital Suburbain, des lésions tuberculeuses de la vésicule biliaire. La nature de ces lésions fut histologiquement et bactériologiquement constatée par les soins de M. le docteur Edouard Bosc, chef du laboratoire anatomo-pathologique de la Faculté de Montpellier.

Rapprochant alors cette observation d'un cas analogue qu'il avait observé chez une malade de sa clinique particulière, il y a de cela six ans, M. Tédenat voulut bien nous confier cette question comme sujet de notre thèse inaugurale.

Il eût certainement fallu une autorité supérieure à la

nôtre pour aborder un tel sujet ; mais nous espérons que notre manque de modestie sera excusé par la bonne volonté que nous avons apportée, et dans nos recherches bibliographiques, et dans l'accomplissement de notre travail.

A PROPOS DE DEUX CAS INÉDITS

DE

TUBERCULOSE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Observés dans le service de M. le professeur Tédenat

INTRODUCTION

« L'intégrité des grosses voies d'excrétion est une loi générale dans l'histoire de la tuberculose dont le bacille immobile se trouve chassé constamment par les courants qui traversent ces voies. Les lésions tuberculeuses des grosses bronches et de la trachée constituent des exceptions ; les lésions tuberculeuses de l'uretère n'accompagnent pas forcément les cavernes du rein tuberculeux chirurgical ; la tuberculose de l'urèthre est une exception dans le cours de la cystite le plus franchement tuberculeuse ; les lésions tuberculeuses du vagin et de l'utérus sont exceptionnelles, s'il est vrai qu'elles aient été observées dans la salpingite tuberculeuse. »

Ainsi s'exprime Sergent dans son admirable travail sur « Les tubercules et cavernes billaires » (Paris, dé-

cembre 1895) pour expliquer la rareté des lésions tuberculeuses des grosses voies biliaires.

Comme lui, et pour les mêmes raisons, après les nombreuses recherches que nous avons faites nous sommes obligé de reconnaître la rareté de la tuberculose des voies biliaires extra-hépatiques et particulièrement de la vésicule biliaire.

Toutefois il nous a paru qu'on avait jusqu'à nos jours laissé trop systématiquement de côté de cette question, soit à cause de son exception, soit peut-être parce que l'attention des divers auteurs a été plus particulièrement attirée sur les lésions prédominantes de l'angiocholite tuberculeuse au détriment de la cholécystite tuberculeuse ou de la tuberculose de la vésicule biliaire.

Rares sont en effet les observations de tuberculose des voies biliaires en général où nous avons pu trouver à côté de l'examen histologique et anatomo-pathologique du foie, le même examen approfondi de la vésicule biliaire. Tout au plus avons-nous pu voir de ci de là la mention « les voies biliaires extra-hépatiques paraissent normales » ou « sont légèrement enflammées et œdématiées », mais ce, sans examen histologique, anatomo-pathologique ou bactériologique.

Nombreux sont pourtant les travaux qui, depuis une quarantaine d'années surtout,ont été publiés sur les voies biliaires. Nous n'avons pas la prétention de croire que nous les avons consultés tous, mais si le nombre de nos observations paraît réduit à première vue, c'est que nous n'avons voulu mentionner dans notre travail que celles qui s'y rapportent de très près.

Notre but n'est pas d'émettre des idées nouvelles. Beaucoup plus modeste, il sera largement atteint si nous

avons pu attirer l'attention sur un sujet aussi intéressant que celui de « la tuberculose de la vésicule biliaire ».

Après avoir exposé dans un premier chapitre l'historique aussi complet que possible de la question qui nous occupe, nous publierons dans une deuxième partie les quelques observations de tuberculose de la vésicule biliaire antérieures à celles qu'a bien voulu nous confier notre maître M. le professeur Tédenat. La publication de ces dernières, d'ailleurs encore inédites, et les déductions cliniques qui s'en dégagent, seront le fond même de notre thèse ; et dans un dernier paragraphe, nous ne ferons qu'émettre quelques considérations générales, laissant à d'autres plus compétents le soin d'achever une étude aussi intéressante et que nous n'avons pu qu'ébaucher.

HISTORIQUE

En 1762, Morgagni, en faisant l'autopsie d'une fille morte de ce que Barth et Besnier ont appelé « *phtisie scrofuleuse* », trouva à la surface de la vésicule biliaire des « *corps saillants* » ; et en même temps, « dans le poumon gauche il y avait non seulement un ulcère et un ichor sanieux renfermé dans cet ulcère, mais encore des corps de la même espèce ». Il n'est pas impossible que Morgagni ait eu affaire là à des tubercules. Nous n'oserions cependant l'affirmer.

Louis, dans ses recherches anatomo-pathologiques sur la phtisie, sans déclarer positivement qu'il a rencontré des altérations tuberculeuses de la vésicule biliaire, reconnaît cependant avoir trouvé dans plusieurs cas un épaississement des parois de la vésicule avec ulcération.

Léon Collin, dans ses recherches cliniques, ne trouve parmi ses nombreuses et remarquables observations de phtisie, qu'un seul cas de tuberculisation généralisée (avec ictère pendant la vie) et où, à l'autopsie, les parois de la vésicule étaient considérablement épaissies, comme œdématiées.

Frérichs déclare que l'on rencontre parfois, chez les enfants, une *infiltration tuberculeuse de la membrane muqueuse des voies biliaires.*

En 1851, Lebert trouve chez une jeune tuberculeuse une collection purulente autour de la vésicule biliaire (Société anatomique, 26e année, p. 13).

En 1866, Lancereaux trouve à l'autopsie, chez une femme de 32 ans, « les parois de *la vésicule biliaire intégralement transformées en un magma caséeux* qui cède sous le doigt et laisse voir profondément le parenchyme glandulaire ».

Il a publié l'observation complète de ce cas dans son « Atlas d'anatomie pathologique » et nous la lui avons empruntée en entier pour la publier à notre chapitre des observations.

En 1872, Tublet consacre sa thèse inaugurale à l'étude de la tuberculose des voies biliaires et cite l'observation de Lancereaux, mais sans mentionner d'une façon spéciale les lésions de la vésicule.

En 1879, au mois de juin, Ern. Gaucher présente à la Société anatomique de Paris l'observation d'un enfant de trois ans *dans l'épaisseur de la vésicule duquel il avait trouvé à l'autopsie une masse tuberculeuse grosse comme une noisette.* (L'observation complète de ce cas sera publiée plus loin.)

A la même séance, Letulle déclare avoir vu trois fois des lésions analogues.

En 1886, Denucé dans sa thèse d'agrégation : « Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire », s'exprime ainsi à la suite des tumeurs bénignes : « La vésicule biliaire peut encore être le siège de lésions tuberculeuses, malgré l'assertion contraire de Van Shueppel », et il cite comme preuve l'observation Lancereaux.

En 1890, Casati rapporte un cas dont nous n'avons malheureusement pu prendre connaissance : (Empiema senza calcoli della cistifellea in donna tuberculosa ; operata colla colecistotomia ; guarigione. Raccoglitore med. Forli, 1890-5 s. IX, 41-59.)

Calot (Thèse de Paris, 1890-1891) étudie la cholécystectomie, mais ne mentionne pas dans ses indications les lésions tuberculeuses de la vésicule biliaire.

En 1891, Dominici (Thèse de Paris, sur les angiocholites et cholécystites suppurées) dit à la page 7 : « Je ne traiterai pas néanmoins des angiocholites et cholécystites tuberculeuses... elles sont actuellement l'objet de recherches que je poursuis en collaboration avec M. Gilbert et dont les résultats seront bientôt publiés. »

Nous avons consulté successivement les bulletins de la « Société de Biologie », « Société anatomique », « Revue de Chirurgie » de Paris, de 1894 à nos jours, sans trouver trace de cette publication qui sans aucun doute nous aurait été d'un bien grand secours (1).

En 1895, Sergent déclare dans sa thèse que « la tuberculose des voies biliaires extra-hépatiques est exceptionnelle », et il ajoute : « Lancereaux a signalé un exemple remarquable de tuberculose de la vésicule biliaire ; les bulletins de la Société anatomique en renferment plusieurs cas. Je n'en ai pour ma part, pas plus que Sabourin ou Pilliet, rencontré un seul exemple chez l'homme. J'aurai l'occasion de revenir sur ce point au chapitre des recherches expérimentales et je n'entreprendrai pas ici la description d'une lésion si exceptionnelle. » Nous avons

---

(1) Mêmes résultats négatifs dans « l'Index medicus » et « l'Index Catalogue. »

emprunté à cet auteur une de ses brillantes expériences de tuberculisation des voies biliaires, chez les animaux, dans laquelle des lésions tuberculeuses de la vésicule étaient nettement constatées.

En 1896, Mignot, dans son travail sur les « Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites », dit à propos de la cholécystite tuberculeuse : « Cette cholécystite est peu connue. Sergent, Gilbert et Claude ont étudié surtout les angiocholites tuberculeuses (Société de Biologie, mai et décembre 1895). Le cas de Riedel est douteux, celui de Czerny n'est pas plus démontré. Le seul fait certain est qu'il s'agissait les deux fois de cholécystites caséeuses. » Nous avons voulu consulter les deux observations dont il s'agit ici, et si nous avons éliminé la première (Riedel) comme ne rentrant pas dans le cadre de notre travail, nous publions la seconde (Czerny) dans notre chapitre des observations.

La plupart des auteurs en effet, et avec eux Thorel (Thèse de Paris, 1901), la considèrent comme un exemple de cholécystite tuberculeuse.

En 1897, Jacobson, parmi les nombreuses observations d'enfants tuberculeux qu'il a publiées dans sa thèse sur « les tubercules et cavernes biliaires chez l'enfant », ne fait mention d'aucune lésion tuberculeuse de la vésicule biliaire.

En 1901, Thorel (Thèse de Paris, 5 décembre) dit quelques mots des lésions tuberculeuses de la vésicule, mais il les classe exclusivement dans les cholécystites primitives non calculeuses. « Dans le groupe des cholécystites primitives, dit-il, rentrent les localisations de la tuberculose au niveau de l'arbre biliaire ou plus particulièrement de la vésicule. »

Les deux observations inédites que nous publions plus

loin seront la meilleure réfutation de cette opinion par trop exclusive.

En 1908 a paru dans le journal allemand Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Iena (1908-XIX-225-227), un article de Simmonds intitulé : « Ueber Gallenblasetuberkulose » dans lequel l'auteur décrit la tuberculose de la vésicule biliaire comme se présentant sous deux formes : ulcéreuse et scléreuse (1).

---

(1) Nous aurions voulu pouvoir consulter cet article que nous n'avions pu trouver à la Bibliothèque de la Faculté de médecine, mais des raisons tout à fait imprévues nous ont obligé à terminer notre travail plus tôt que nous l'avions pensé.

OBSERVATIONS

Observation I

(Rapportée par Lancereaux dans son Atlas d'anatomie pathologique

H..., journalière, âgée de 32 ans, est admise à l'Hôtel-Dieu le 21 février 1866; femme d'un embonpoint prononcé, elle accuse à la région de l'hypocondre droit une sensation douloureuse, qui daterait déjà de quelque temps. Depuis cette époque elle a perdu son embonpoint et elle a pâli; la palpation au niveau du rebord costal droit donne lieu à la sensation d'une saillie ou tumeur mal délimitée, à une sorte d'empâtement profond qui conduit à diagnostiquer une affection chronique du foie sans plus grande précision.

D'ailleurs, il existe une teinte subictérique qui s'accroît les jours suivants et finit par un véritable ictère. Il y a en même temps de la toux, une faiblesse très grande qui augmente jusqu'au 1er mars, où la mort a lieu.

Autopsie. — Le tissu cellulaire adipeux est partout abondant. Au sommet des deux poumons il existe des fronçures, de légères rétractions et quelques granulations tuberculeuses.

Un certain nombre de ganglions bronchiques sont caséeux. Le cœur est chargé de pelotons graisseux à sa base, mais d'ailleurs pas altéré. *Dans l'abdomen le foie déborde un peu les fausses côtes, la vésicule n'existe plus, car ses parois sont intégralement transformées en un magma caséeux qui cède sous le doigt et laisse voir profondément le parenchyme glandulaire.*

Le canal cystique, qui a subi la même transformation, est bouché au voisinage de la vésicule ; plus loin il est considérablement rétréci par l'hypertrophie de ses parois; le canal cholédoque est également rétréci, et il est devenu le siège de quelques granulations tuberculeuses ; les canaux hépatiques, dilatés, ne présentent pas de tubercules, du moins à leur surface interne ; à leurs extrémités, les parois sont épaissies et ils renferment une bile verdâtre. Il existe à peine quelques granulations dans l'épaisseur du foie dont les cellules sont abondamment pourvues de graisse. La rate a 15 centimètres de hauteur, elle est parsemée de fines granulations à la surface de sa capsule, son parenchyme est grisâtre, affecté de dégénérescence amyloïde. Les ganglions mésentériques sont plus volumineux, mais du reste peu lésés; un certain nombre de ganglions iliaques du côté droit sont transformés en masses caséeuses. Le pubis du même côté est nécrosé et le ligament symphysaire profondément altéré ainsi que les tendons des muscles grands droits. Les reins et les intestins sont peu malades; toutefois il n'a pas été fait un examen très approfondi de ces organes.

L'auteur fait suivre cette observation de la remarque suivante : « Ce que cette observation présente de remarquable, c'est que les voies biliaires sont le siège primitif et pour ainsi dire spécial de la tuberculose.

Observation II

(Rapportée par Ernest Gaucher à la Société anatomique de Paris, juin 1879, C. R. p. 547.)

Un enfant de trois ans, très chétif, entre le 31 mars 1879 à l'Hôpital des enfants dans le service de M. le docteur Archambault (salle Saint-Louis, n° 6).

Il tousse depuis six semaines environ, il a de la diarrhée, il est maigre et cachectique au dernier degré. A l'examen physique de la poitrine on trouve des râles sous-crépitants très nombreux des deux côtés, surtout aux sommets où ils feraient croire à un véritable gargouillement cavitaire. A ce niveau, il existe aussi un peu de souffle et de submatité. Cet enfant reste à peu près dans le même état, avec de la fièvre hectique tous les soirs et s'affaiblissant de jour en jour jusqu'au 12 avril où il succombe.

A l'autopsie, on trouve les ganglions du médiastin très volumineux, quelques-uns gros comme une noix, tous caséeux avec une petite caverne au centre.

Dans le foie, la lésion tuberculeuse représente une localisation très précise autour des voies biliaires. Celles-ci sont dilatées en ampoule de place en place et les dilatations renferment un amas de boue biliaire verdâtre. L'aspect général du foie sur une coupe est semblable à celui qui figurait dans l'Atlas d'anatomie pathologique de Cruveilhier.

Il est remarquable que les tubercules se soient exclusivement développés dans la paroi des vaisseaux biliaires, depuis les ramifications de petit diamètre jusqu'au canal cholédoque et *à la vésicule qui renferme dans son épaisseur une masse tuberculeuse grosse comme une noisette.*

Observation III

(Czerny Nermann)

(Citée par Longuet, *in* thèse Paris, 1896, — et par Thorel, *in* thèse Paris 1901, avec ce titre : « *Cholécystite tuberculeuse avec fistule.* »

Femme de 44 ans, briquetière, tuberculose avancée.

Début : depuis six mois. Abcès de la paroi abdominale, du côté droit, qui fut incisé par un médecin et donna beaucoup de pus. Depuis, persistance d'une fistule, pas de douleurs hépatiques.

Etat : Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant en connexion avec le foie qui atteint par son extrémité convexe la ligne de l'ombilic et de l'hypogastre.

La peau n'est adhérente à la paroi qu'au niveau de la fistule qui sécrète du pus en abondance.

Opération (18 septembre 1891) : Une fente verticale de la fistule conduit librement dans une cavité granuleuse sous-jacente de laquelle un trajet fistuleux conduit dans la grosse tumeur, mais sans admettre la sonde jusque-là. Incision de ce trajet jusqu'au voisinage de la première fistule. Après l'évacuation de deux cuillerées de *pus caséeux;* on arrive dans une cavité sous-jacente, connexe, ressemblant à la vésicule par sa forme et dont les parois sont épaissies et enflammées.

Curettage des granulations. Tamponnement avec la gaze au chlorure de zinc au dixième.

Observation IV

(Expérimentale. — Résumée.

(Tirée des expériences de Sergent. — Thèse de Paris, 1895, p. 113.)

Il s'agit d'un chien qui a reçu dans le cholédoque un tiers de centimètre cube d'une dilution très concentrée faite en broyant dans du bouillon quelques grains d'une

culture sur pomme de terre glycérinée obtenue par réensemencement d'un bouillon provenant de la culture-mère (pus d'abcès froid.) Après l'injection, le cholédoque est lié au catgut un peu au-dessus de la piqûre.

Lésions de la vésicule. — *Macroscopiquement*, la vésicule a un volume normal ; la bile qu'elle contient est prise en une gelée compacte de couleur vert-pâle ; sa muqueuse paraît veloutée et tomenteuse, mais *on n'y aperçoit pas de tubercules à l'œil nu.*

Examen histologique. — *Des coupes de la vésicule biliaire montrent une infiltration des couches profondes de la muqueuse par des amas d'éléments embryonnaires qui forment des îlots disséminés d'où partent des prolongements qui fusent dans l'épaisseur des cloisons interglandulaires. De ci, de là, on peut voir quelques bacilles de Koch dans ces nappes et dans ces fusées embryonnaires.*

L'épithélium n'existe plus, sauf en quelques points où l'on aperçoit encore quelques cellules irrégulières mal colorées et troubles. Dans les lambeaux d'épithélium desquamés qui flottent dans la cavité et sont agglutinés par des flocons muqueux, on aperçoit également quelques rares bacilles de Koch.

La bile inoculée à un cobaye donne un résultat positif.

Cette observation, comme le dit Sergent lui-même, « montre la possibilité des lésions tuberculeuses des voies biliaires extra-hépatiques. » De plus, et nous l'avons souligné à dessein, la vésicule biliaire, bien que manifestement infectée par le bacille de Koch et porteuse de lésions tuberculeuses, ne présentait *macroscopiquement*

aucune lésion d'apparence tuberculeuse. Ceci vient confirmer ce que nous avons avancé dans notre introduction, à savoir que la tuberculose de la vésicule biliaire n'est peut-être pas aussi exceptionnelle (tout en restant rare) que ce qu'on a bien voulu le dire jusqu'ici.

Nous restons persuadé en effet que, si chez l'homme on s'était trouvé, après une cholécystectomie, devant une vésicule biliaire ne présentant pas macroscopiquement, de lésions plus nettes que celle dont il s'agit ici, on eût certainement négligé son examen histologique et ignoré ainsi sa nature tuberculeuse.

Ainsi démontrée chez les animaux, la possibilité des lésions tuberculeuses de la vésicule biliaire n'a jamais été, croyons-nous, chez l'homme, aussi nettement établie que dans les observations que nous a données M. le professeur Tédenat. C'est la raison qui nous les a fait mettre en vedette dans un chapitre spécial.

Observation V

Résumée

Hanot et Létienne, *Congrès de la tuberculose* 1901.

Homme de 13 ans, entré le 15 avril 1891, dans le service de M. Hanot, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie, n° 17. Pas d'observation clinique suivie. Troubles

psychiques. Mort quelques jours après son entrée, le 23 avril.

Autopsie (Résumée). — Grosses cavernes sous-pleurales. Le foie pèse 1.960 grammes, légèrement jaunâtre. Quelques ulcérations intestinales tuberculeuses.

Examen histologique et bactériologique. — *Foie.* — Topographie hépatique normale. Quelques cellules à la périphérie et au centre des lobules. Rares tubercules au voisinage des espaces portes.

Bile. — Prélevée trente-cinq minutes après la mort. Pas de micro-organismes dans les préparations de bile brute. Les préparations au Ziehl (décoloration par acide, etc.), montrent colorés en rouge *au niveau des lambeaux épithéliaux* quelques bacilles grêles semblables au bacille de Koch.

Nous avons cru devoir ajouter cette observation, bien que l'examen histologique de la vésicule biliaire n'ait pas été pratiqué. La bile prise dans la vésicule biliaire a montré en effet des bacilles de Koch dans les lambeaux épithéliaux qu'elle contenait : lambeaux provenant très probablement de la vésicule biliaire.

OBSERVATIONS INÉDITES

Observation I

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

Recueillie par le docteur Dusser

(Clinique particulière de M. le professeur Tédenat)

Tuberculose de la vésicule avec deux gros calculs. Paroi très épaissie. Cholécystectomie. Guérison persistant six ans après l'opération.

Henriette D..., 33 ans. Père et mère bien portants. Un frère âgé de 43 ans a eu une hydarthrose du genou gauche soignée à 30 ans par M. Tédenat et bien guérie après un an de traitement (injections de glycérine iodoformée).

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement, pendant 4 jours, sans leucorrhée. Mariée à 23 ans. Un accouchement à 26 ans. A nourri son enfant. Fièvre typhoïde peu grave à 19 ans. Santé générale bonne jusqu'à il y a 4 ans.

Il y a 4 ans, dans les premiers jours de juin 1899, douleurs subites dans le flanc droit, suivies de vomissements qui durèrent pendant une heure. Survenant deux heures après le repas, on accusa une indigestion. Depuis lors vague douleur profonde survenant fréquemment (deux ou trois fois par semaine) après le repas, ordinairement peu vive et sourde, parfois donnant l'impression d'un coup de poignard. Cette douleur durait en moyenne dix minutes. Elle semblait plus pénible quand la malade était constipée et à l'époque des règles. De loin en loin un vomissement après le repas et quelques hoquets.

L'état de la malade a peu varié pendant 3 ans ; deux saisons à Vichy, des laxatifs salins fréquents, régime lacté, purée de légumes, pâtes d'Italie, très peu de viande qui était mal digérée.

Depuis huit mois les douleurs sont continues, toujours plus vives après les repas, souvent accompagnées de « soubresauts » à l'épigastre, qui semblent être des spasmes du diaphragme.

Il y a six mois le docteur Bermont a constaté la présence d'une tumeur sur le rebord costal, un peu au-dessus et à droite de l'ombilic. Cette tumeur augmente lentement de volume. *Jamais d'ictère*, jamais de troubles de l'urination, ni d'albumine dans l'urine analysée à cinq reprises.

Le 5 mai 1903, la malade, vue en consultation par les docteurs Bermont et Tédenat, est dans l'état suivant : notablement amaigrie, pâle avec un peu de rougeur aux pommettes. Inappétence, malaise habituel, surtout après les repas où la douleur plus vive pendant une ou deux heures occupe le flanc droit, la région épigastrique, quelquefois la région dorsale. Vomissements de temps en

temps. Constipation avec quelquefois des fausses membranes peu abondantes. Tumeur du volume d'un gros poing sur le rebord costal en dehors de l'ombilic, assez mobile, sensible à la pression, dure, avec de vagues bosselures.

Diagnostic : *Tumeur de la vésicule biliaire probablement calculeuse.*

Le docteur Bermont a constaté souvent depuis six mois des températures de 38°-38°5 le soir, et le pouls à 100. Il n'y a pas de toux, mais un peu de rudesse respiratoire au sommet gauche avec quelques rares craquements secs dans les grandes inspirations.

Rien au cœur. La rate paraît normale ; la matité hépatique se confond avec celle de la tumeur et remonte à la cinquième côte. Estomac un peu dilaté. La malade demande une intervention.

Opération (15 mai). — Anesthésie au mélange A. C. E. (Air, chloroforme, éther). Incision de Bévan. *Adhérences à l'angle droit du côlon, au pylore, grisâtres avec points jaunes ayant tout l'aspect de granulations tuberculeuses.* Elles sont lentement et minutieusement rompues et la vésicule est mise à nu, *dure, avec des bosselures.* A la ponction avec le gros trocart de Potain, rien ne coule. Elle est incisée : bouillie noirâtre, visqueuse, qu'il faut extraire avec la curette. *Deux calculs noirs à facettes, du volume d'une grosse noisette. La paroi de la vésicule est dure, épaissie, bosselée.* M. Tédenat croit à un cancer et procède à l'extirpation qui est faite selon la technique habituelle. Quelques adhérences au foie dont une pellicule suit la vésicule, d'où suintement sanguin, d'ailleurs peu abondant. Le cholédoque semble sain. Surjet du champ péritonéal de la vésicule. Drain de caoutchouc, flanqué de deux mèches de gaze. Suture de la paroi à

deux étages, sauf au bas de l'incision par où sortent les drains.

20 mai. — Opération bien supportée. Les gazes sont enlevées, le drain en caoutchouc est laissé en place. La température a varié entre 37° et 38°4, le pouls entre 80 et 110. Etat général bon, sans nausées, sans douleurs péritonitiques. Des lavements salés sont donnés trois fois par jour à garder. Selle abondante le matin.

26 mai. — Bon état. Réunion parfaite. Drain enlevé. La malade prend depuis six jours environ un litre de lait coupé d'eau de Vichy. Apyrexie. Pas de ballonnement du ventre.

5 juin. — Cicatrisation complète. Lait, purées bien digérés, sans la moindre douleur.

La malade quitte la clinique le 19 juin, se nourrissant bien, avec une santé générale très améliorée.

M. Tédenat l'a revue depuis lors à plusieurs reprises en bonne santé, la dernière fois en mars 1909. L'état de ses poumons peu grave lors de l'opération n'a pas changé ; les digestions sont bonnes, la constipation sans être tenace impose quelques soins.

Examen de la vésicule.— Les dimensions de la vésicule sont celles d'une main d'adulte dont les doigts seraient dans la position de tenue d'une plume à écrire : quatorze centimètres du fond au collet, vingt-deux centimètres de circonférence maximum. Parois épaissies de deux à trois centimètres suivant les points avec des nodules du volume d'un grain de maïs, d'une olive, interstitiels, faisant saillie sous la face péritonéale. *La section faite au niveau de ces nodules y montre des foyers caséeux secs ou en bouillie jaunâtre puriforme ; presque tous s'ouvrent dans la cavité de la vésicule et leur orifice est environné par la muqueuse mollasse, épaissie et papillomateuse.*

On compte une dizaine de nodules et entre eux à la face externe existent des granulations jaunes comme il s'en trouvait sur les adhérences et dans l'épiploon.

L'examen microscopique n'a pas été fait, mais l'examen à l'œil nu ne laissait aucun doute sur la nature tuberculeuse.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat)

Tuberculose de la vésicule biliaire avec gros calcul solitaire, formant énorme tumeur. Cholécystectomie. Mort.

Mélanie M..., 39 ans, née et demeurant à Sallèles-du-Bosc. Entre le 9 décembre 1909 dans le service de M. le professeur Tédenat, salle Paulet, n° 27.

Réglée à 13 ans, régulièrement, huit accouchements faciles et sans complication ; le dernier a eu lieu il y a huit mois. La mère a nourri tous ses enfants.

Jamais de maladie grave bien que de constitution frêle.

Il y a un mois : perte d'appétit, affaiblissement rapide, douleur vive dans le flanc droit, continue, avec des périodes d'exacerbation ; plus vive quelques instants après

les repas, depuis une dizaine de jours, les douleurs sont moins intenses. Depuis vingt jours ne prend que du lait, qu'elle digère lentement, sans vomissements. Pas de toux, pas de palpitations, la miction a lieu cinq ou six fois par jour, deux ou trois fois la nuit. Urine claire (1000 à 1200 grammes avec 12 à 15 grammes d'urée, et des traces d'albumine).

Au côté droit du ventre, tumeur se perdant en haut sous les fausses côtes, arrivant en bas à la ligne qui unit les deux épines iliaques antéro-supérieures. En dedans, la tumeur arrive à deux travers de doigt de la ligne médiane ; en arrière elle fait saillie et donne le *ballottement rénal* avec contact postérieur. La tumeur paraît solide, mate dans ses trois quarts supérieurs, en bas sonorité colique. Lisse dans sa totalité, sauf à sa partie supéro-interne, où existent quelques bosselures. Sa matité se confond avec la matité du foie. Tumeur assez mobile.

Le diagnostic de tumeur rénale est posé bien qu'il n'y ait eu ni hématurie, ni urine purulente, ni alternatives de polyurie, ni d'oligurie.

19 décembre. — Anesthésie à l'éther goutte à goutte après injection de morphine et atropine. Incision postérieure de néphrectomie. On tombe sur le rein sain, mais fortement refoulé par la tumeur qui lui adhère. Suture de l'incision.

Séance tenante incision de Mayo. On tombe sur une masse épiploïque indurée, adhérente qui s'étend du rebord costal à la fosse iliaque interne droite. Cette masse est décollée de l'angle colique droit, du duodénum du rein droit. On arrive alors sur la vésicule *tuméfiée, à parois épaissies* de deux ou trois centimètres suivant les points. Un calcul long de quatre centimètres, épais de

un centimètre et demi, sort de un centimètre par une perforation occupant la partie postéro-externe de la vésicule. Il s'écoule environ 50 grammes de pus situé dans la vésicule et au milieu des adhérences jaunâtres dures. La vésicule est excisée avec une couche de tissu hépatique très adhérent, gris-jaune. Une suture en capiton au catgut ferme la brèche hépatique qui saigne en nappe. Deux ganglions durs sont enlevés au niveau du col de la vésicule. Drainage à la gaze iodoformée. Suture de la paroi.

Toute l'opération a duré une demi-heure et est bien supportée malgré l'état de maigreur et de grande faiblesse de la malade. Injections sous-cutanées de sérum additionné de 4 grammes par litre de chlorure de calcium.

La malade succombe le 22 décembre.

L'examen clinique des poumons n'avait révélé qu'un peu de rudesse aux sommets. Pouls à 100-120. Température 37°, 37°5, 38°. Elle n'a jamais dépassé 38°.

L'autopsie ne put être pratiquée, la famille ayant fait opposition.

On porta la vésicule enlevée au laboratoire d'anatomie pathologique, et l'examen en fut fait par M. Bosc, chef du laboratoire.

Voici cet examen :

Examen histologique. — Les divers fragments examinés montrent : 1° un tissu hépatique de dégénérescence graisseuse très avancée, et une infiltration embryonnaire, noduleuse, au niveau de certains espaces de Kiernan élargis.

2° Une zone de prolifération conjonctive, scléreuse, en contact direct avec les cellules hépatiques, avec de petites

traînées d'infiltration embryonnaire et une légère prolifération canaliculaire (biliaire).

3° A mesure qu'on s'avance vers la cavité de la vésicule, on constate une couche très épaisse de tissu fibreux de plus en plus infiltré par des amas périvasculaires réunis les uns aux autres par des traînées de cellules rondes.

Enfin les foyers se réunissent en un large placard formé d'un tissu embryonnaire provenu de vaisseaux de nouvelle formation fort atteints d'endopérivascularite. Ces nappes de cellules rondes présentent de place en place des amas de cellules plus volumineuses du type épithélioïde avec une ou plusieurs volumineuses cellules géantes bien caractérisées. On constate aussi des formations folliculaires typiques, mais le plus souvent il s'agit d'une infiltration de cellules rondes parsemées de cellules géantes, sans follicule apparent.

A mesure que l'on s'approche de la cavité, les cellules rondes augmentent de volume, se vacuolisent et dégénèrent dans la cavité à bords irréguliers et comme effilochés.

Il s'agit de tuberculose de la vésicule biliaire.

L'*examen bactériologique* pratiqué sur ces mêmes coupes a décelé la présence de quelques rares bacilles de Koch. (Les lésions tuberculeuses paraissant être de date relativement ancienne, il n'y aurait pas eu lieu de s'étonner si cet examen bactériologique avait donné des résultats négatifs.)

Les deux observations qui précèdent nous paraissent

offrir à elles seules un intérêt considérable, par les enseignements qu'elles comportent.

Elles sont d'abord, croyons-nous, les premières en date ayant permis de constater à la fois la présence de la lithiase biliaire et des lésions tuberculeuses de la vésicule biliaire. Cela seul suffirait à notre avis pour qu'elle fussent la base d'un travail beaucoup plus complet que le nôtre, mais que notre manque de compétence ne nous a pas permis d'aborder.

N'est-il pas permis en effet de se demander s'il n'existe pas aussi une lithiase tuberculeuse, de même qu'une lithiase typhique ou colibacillaire ? Les calculs que M. le professeur Tédenat a trouvés dans ces deux vésicules tuberculeuses n'ont-ils agi que comme adjuvants de la localisation spéciale de la tuberculose à la vésicule, ou au contraire en sont-ils le résultat ? Nous laissons à d'autres, plus compétents, le soin de résoudre cet intéressant problème.

De plus, ces deux observations nous montrent que, malgré son existence indéniable, la tuberculose de la vésicule biliaire, coïncidant avec la lithiase, ne se traduit cliniquement par aucun signe particulier qui permette même de la soupçonner.

Elle a évolué dans le premier cas comme une cholécystite calculeuse chronique s'acheminant vers la sclérose vésiculaire ; dans le second cas, comme une cholécystite calculeuse chronique aboutissant à l'ulcération et à la perforation, mais n'ajoutant rien de plus aux symptômes si variables, malgré l'affirmation de certains auteurs, de la lithiase vésiculaire.

Nous ne voudrions pas faire de digression en dehors du sujet que nous nous sommes tracé, mais on ne pourra nous faire un grief de rappeler ici toutes les difficultés

que présente en pratique le diagnostic de la cholécystite calculeuse.

Elle se présente rarement en effet avec tous les symptômes qu'on est habitué à lui décrire. M. Tédenat a eu souvent l'occasion d'insister devant nous sur la prédominance, très fréquemment observée, des symptômes digestifs sur les symptômes hépatico-biliaires, la plupart du temps incomplets.

Chez les deux malades dont nous avons publié l'observation, il n'y avait jamais eu d'ictère ; et chez la seconde, il y avait en outre (jusqu'à un mois avant l'intervention) absence complète de douleurs. Qu'on joigne à ce tableau clinique, la sensation d'une tumeur mobile, ayant le contact lombaire et donnant la sensation du ballottement rénal (comme dans la seconde observation) et on sera bien loin du tableau classique de la cholécystite calculeuse.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les lésions tuberculeuses de la vésicule biliaire comme celles des autres grosses voies d'excrétion, n'ont été que très rarement observées.

Lorsqu'elles existent, elles ne se traduisent cliniquement par aucun symptôme particulier, qui permette de les diagnostiquer. Même sur la table d'opération ou à la salle d'autopsie, la tuberculose de la vésicule biliaire peut passer inaperçue, et ce n'est le plus souvent qu'un examen histologique qui vient affirmer la nature tuberculeuse des lésions aperçues soit macroscopiquement, soit à l'aide du microscope.

Elle peut coïncider ou non avec la lithiase biliaire et donner lieu, dans le premier cas, à une cholécystite calculeuse, scléreuse ou ulcéreuse; dans le second cas à une cholécystite non calculeuse s'accompagnant ou non des complications des cholécystites en général (cas de Czerny).

Il serait intéressant de rechercher les relations de la lithiase vésiculaire, lorsqu'elle existe, avec les lésions tuberculeuses de la vésicule.

Nous ne pouvons émettre actuellement que des hypo-

thèses, et sur la voie d'apport du bacille de Koch (bacille immobile) à la vésicule biliaire, et sur les causes qui favorisent sa localisation spéciale à cet endroit.

Dans leurs remarquables travaux sur la « bile cystique chez les tuberculeux », Hanot et Létienne n'y ont rencontré qu'une seule fois le bacille de Koch. Et si Sergent a pu, expérimentalement, après injection dans le cholédoque de bouillon tuberculeux, retrouver, même longtemps après, le bacille de Koch dans la bile des cobayes et des chiens qui lui avaient servi de sujet d'expérience dans ses recherches sur les angiocholites tuberculeuses, il n'a observé qu'une fois des lésions tuberculeuses de la vésicule biliaire.

De plus, dans les deux observations que nous a données M. le professeur Tédenat, rien ou à peu près, dans les antécédents des deux malades, ne pouvait faire supposer qu'on était en présence de porteurs de lésions tuberculeuses. Tout au plus avait-on noté (chez la première malade) un peu de rudesse à l'inspiration, au sommet gauche ; et si nous pouvons, dans les observations de Lancereaux et de Gaucher, nous prévaloir de la tuberculose généralisée, pour expliquer les lésions de la vésicule, il ne peut évidemment en être question dans celles de M. Tédenat.

Quoi qu'il en soit, et puisque la cholécystectomie, comme le dit Lagenbuch lui-même, « supprime d'un même coup le mal et son siège de production (les pierres et la carrière) », c'est à elle que nous aurons doublement

recours comme traitement de la cholécystite calculeuse accompagnée de tuberculose de la vésicule biliaire.

Les résultats durables obtenus par M. Tédenat, chez la malade qui fait l'objet de notre première observation inédite, sont une excellente preuve de l'efficacité de cette opération dans ces cas particuliers.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 mars 1910.

Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 mars 1910.

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

Hahn. — Tuberculose du foie. Thèse inaugurale, 1840.

Bourgeois. — Des calculs biliaires, lésions et symptômes qu'ils déterminent. Thèse de Paris, 1858.

Barth et Besnier. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (article Voies biliaires, Bile).

Frérichs. — Traité des maladies du foie et des voies biliaires.

Langhans. — Virchow's Archiv. XIII.

Murchison. — Clinicals lectures on diseases of the liver. London, 1868.

Shuppel. — Histogenese der Lebertuberkulose. Archiv. der Heilkunde, 1868.

Steffen. — Klinik der Kinderkrankheiten. Berlin, 1869.

Rendu. — Dictionnaire encyclopédique (article Foie).

Cruveilhier. — Anato nie pathologique, t. IV, p. 489.

Tublet. — Tuberculose des voies biliaires. Thèse de Paris, 1872.

Bulletin de la Société anatomique, juin 1879.

Sabourin. — Le foie des tuberculeux, tubercules des voies biliaires. Archives de physiologie, t. II, 1883, p. 52.

Mossé. – Accidents de la lithiase biliaire. Thèse d'agrégation, 1880.

Revue de Hayem. — Tuberculose des voies biliaires, XXIV, p. 63, année 1884.

Denucé. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Lannelongue.— Tuberculose hépatique et périhépatique. Congrès de la tuberculose, 1888. C. R. 1889, p. 204.

Kœberler. — Indications et manuel opératoire de la cholécystectomie. Société de médecine de Strasbourg, 1er mars 1888.

De Page. — De l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Bruxelles, 1890.

Nassilow. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires.

Brown. — Chirurgie des voies biliaires. British medical Journal, 21 décembre 1890.

Rochet. — Des opérations qui se pratiquent sur la vésicule biliaire et de leurs indications. Province médicale, nov. 1890.

Rodet. — Traité des maladies du foie de Harley, 1890.

Roux. — Revue médicale de la Suisse rom., 1890.

Terrier. — Opération de la cholécystectomie.

Bulletin de l'Académie de médecine, 30 septembre 1890, n° 39.

Toupet. — Faure Miller. Soc. anat., 1890.

Cadéac. — Contribution à l'étude de cholécystite suppurée. Thèse de Paris, 1891.

Calot. — Ablation de la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1891.

Dupré. — Les infections biliaires. Thèse de Paris, 1891.

Sainton. — Chirurgie de la vésicule. Gazette des hôpitaux, 24 janvier 1891.

Hanot et Létienne. — Congrès de la tuberculose, 1891.

Delbec. — Des lésions de la vésicule biliaire dans la lithiase. Thèse de Paris, 1892.

Hartmann. — Quelques points d'anatomie et de chirurgie des voies biliaires. Soc. anat., 1891.

Létienne. — De la bile à l'état pathologique. Thèse de Paris, 1891.

Labadie-Lagrave. — Traité des maladies du foie. Paris, 1892. Tome VI.

Terrier. — Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Congrès français de chirurgie (6e session), 1892.

Terrier, Terrillon, Leonté, Michaux, Richelot, Bœckel, Duret, Delagenière. — Discussion sur les opérations chirurgicales des voies biliaires. Congrès de chirurgie (VIe session), 1892.

Pilliet. — Thèse de Paris, 1892.

Blaise.— Contribution à la chirurgie des voies biliaires. Thèse de Nancy, 1893.

Péan. — Des opérations applicables au traitement de la vésicule biliaire. Gazette des hôpitaux, 16 avril 1892.

Journal « La médecine moderne », 16 décembre 1893.

Dominici.— Des angiocholites et cholécystites suppurées. Thèse de Paris, 1894.

Czerny. — In Heddæus, Contribution à la pathologie et à la chirurgie des tumeurs des conduits biliaires. Beitrage zur klin. Chir., 1894, t. XII, p. 2.

Sergent. — Thèse de Paris, 1895, et Soc. biologique, 10 et 17 mai 1895.

Courtois-Suffit. — Angiocholytes et cholécystites. Manuel de médecine, t. VI, 1895.

Dupré. — Lithiase biliaire, t. VI, 1895.

Heddæus. — Pathologie et chirurgie des tumeurs de la vésicule biliaire. Beitr. z. klin. Chir., 1895, t. XII.

Souville. — Cholécystite scléreuse d'origine calculeuse et péricholécystite. Thèse de Paris, 1895.

Gilbert et Claude. — Soc. de biologie, 21 décembre 1895. Recherches expérimentales sur la tuberculose des voies biliaires.

Sergent (Réponse). — Pathogénie de la tuberculose des voies biliaires. Presse méd., mars 1895.

Fournier. — Origine microbienne de la lithiase biliaire. Thèse de Paris, 1896.

Lejars. — La cholécystotomie et la cholécystectomie. Revue de chirurgie, 1896.

Lelionnais. — Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1896.

Longuet. — Traitement de l'angiocholite non calculeuse. Thèse de Paris, 1896.

Mignot. — Recherches expérimentales et anatomiques sur les cholécystites. Thèse de Paris, 1896.

Monod. — Bulletin de la Société de chirurgie, 20 mai 1896.

Vautrin. — Revue de chirurgie, 1896.

Sergent. — Recherche du bacille de Koch dans la bile. Revue de chirurgie, avril-mai 1897.

Jacobson. — Nouvelle contribution à l'étude des tubercules et cavernes biliaires chez l'enfant. Thèse de Paris, 1898.

Sergent (Réponse). — Tubercules et cavernes biliaires. Presse médicale, 1898, n° 72.

Jacobson (Réplique). — Presse méd., 25 janvier 1899.

Faure. — Maladies du foie. Traité de chirurgie clinique et opératoire, t. VIII, 1899.

Guillemin. — Etude clinique sur la cholécystite calculeuse. Thèse de Paris, 1899.

Pauchet. — Indications opératoires sur les affections des voies biliaires. Revue internationale de médecine et de chirurgie. Paris, 1900.

Terrier et Auvray. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris, 1901.

Schwartz. — Communication au Congrès français de chirurgie, 1901.

Thorel. — Des fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire. Thèse de Paris, 1902.

Hanot et Létienne. — Note sur la bile cystique dans la tuberculose. Congrès de la tuberculose, 1901.

The diagnosis of the diseases of the gall-bladder and bill ducts. Montreal M. J., 1902, XXXI, 913-921.

Cholécystite ulcéreuse. J. des sc. médicales de Lille, 1903, I, 518-521.

Escalier. — Difficultés du diagnostic dans les affections biliaires. Rev. Soc. méd. Arg. Buenos-Ayres, 1904, XII, 695-706.

Shell. — Diagnosis of gall-bladder diseases. Med. Chir. J. Philadelphia, 1905.

Anderson. — Five cases illustrating diseases of the gall-bladder from the case-book of a general practitionner. Liverpool M Chir. J., 1908, XXIX, 133-141.

The pathologie gall-bladder, Internat. J. Surg. N.-Y., 1908, XXI, 73.

Simmonds. — Ueber galbenblasetuberkulose. Centralbl. f. allg. Path. u. Pathol. anat. Iena, 1908, XIX, 225-227.

Buffet. — De la cholécystectomie. Thèse de Lyon, 1908.

Mathieu. — La lithiase des voies biliaires principales. Clinique de Paris, 1908, III, 1-5.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE